

Projudi - Processo Eletrônico do Judiciário do Roraima

Início Ações 1º Grau Ações 2º Grau Parecer Citações Intimações Audiências Sessões 2º Grau Buscas Estatísticas Outros

Operação realizada com sucesso. Protocolo:
2731052820200529171106

Processo 0812518-45.2020.8.23.0010 ☆ - (10 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário
Assunto Principal: 4847 - Seguro
Nível de Sigilo: Público

Informações Gerais

Informações Adicionais

Partes

Movimentações

Apensamentos (0)

Vínculos (0)

Realces

Realçar Movimentos de:

Ocultar Movimentos:

☐ Magistrado

☐ Servidor

☐ Advogado

☐ Membro MP

☐ Defensor

☐ Procurador

☐ Outros

☐ Audiência

☐ Inválidos

☐ Sem Arquivo

☐ Hab. Provisória

Filtros

Movimentado Por:

Sequencial(Intervalo):

Data do Movimento(Período):

Descrição:

☐ Advogado

☐ Defensor Público

☐ Entidades Remessa

☐ Magistrado

☐ Procurador

☐ Servidor

ao

à

8 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 8500 por pág.1



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 4ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA/RR

Processo: 08125184520208230010

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez."

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **JOANA VICTORIA OLIVEIRA BEZERRA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **01/01/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **11/01/2019**.

Cumpra esclarecer que após a devida análise da documentação apresentada a Seguradora, o médico perito avaliou como incompleta e parcial a lesão acometida pela vítima, o que por certo descaracteriza o pleito de indenização integral por seguro obrigatório DPVAT.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 3.375,00 (três mil e trezentos e setenta e cinco reais)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015¹, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

Conforme se observa na exordial, a natureza do pedido do Seguro Obrigatório DPVAT, cujo cerne da questão é a suposta invalidez do demandante e o grau da lesão sofrida para fins indenizatórios do referido Seguro.

Assim, **torna-se imprescindível a realização da prova pericial**, pois, a Lei do DPVAT prevê graus diferenciados referentes à extensão das lesões acometidas pelas vítimas, classificando-as em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, em caso de invalidez parcial do beneficiário a indenização será paga de forma proporcional ao grau da debilidade sofrida.

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015².

DO MÉRITO

DA AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUANTIFICANDO A LESÃO - ÔNUS DA PROVA DO AUTOR

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização.

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC³.

¹[1] Art. 218 - Os atos processuais serão realizados nos prazos prescritos em lei. [...] § 4º - Será considerado tempestivo o ato praticado antes do termo inicial do prazo.

²[1] Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito;

³“APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. **LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA.** 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - **Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório.**” (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG, Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)

Logo, tendo a parte autora deixado de comprovar suas alegações, impõe-se a improcedência total dos pedidos Autorais.

Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossegue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 3.375,00 (três mil e trezentos e setenta e cinco reais)**, após a regulação do sinistro.

Ocorre, que durante o processo administrativo a parte foi submetida a perícia e de acordo com avaliação médica realizada por dois médicos especializados, sendo um na figura de revisor.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo administrativo, sendo certo que foram utilizados os critérios de fixação de indenização.

Vale salientar que é usual quando do pagamento da indenização em âmbito administrativo, que o beneficiário da verba indenizatória assine documento de quitação, onde se lê que:

“(...) com o pagamento efetuado dou, plena, rasa, geral, irrevogável e irretratável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado.”

Com o procedimento adotado quando do pagamento da indenização, temos caracterizado o ato jurídico perfeito e acabado, dando-se quitação geral e irrestrita à Seguradora reguladora do sinistro.

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituí-la através da propositura da correspondente ação anulatória, recorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vício de consentimento, dolo ou coação, o que de fato não ocorreu, em perfeita consonância com o artigo 849 do Código Civil.

Não obstante, a parte autora não formulou pedido algum de anulação do ato jurídico liberatório, cuja validade é presumida e somente poderia ser desconstituída por sentença.

Ademais, temos que a parte Autora poderia, e quiçá deveria ressaltar no referido recibo sua intenção de quitação somente quanto ao valor efetivamente recebido, o que por certo não ocorreu.

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 3.375,00 (três mil e trezentos e setenta e cinco reais), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

Ante o exposto, deve o feito ser julgado extinto com resolução de mérito, o que se requer com fundamento nos art. 487, inciso I, do Código de Processo Civil.

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **01/01/2019**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 3.375,00 (três mil e trezentos e setenta e cinco reais)**.

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº

6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais⁴.

Por certo, a mencionada Lei 11.945/09 deverá ser aplicada ao caso concreto, em respeito ao princípio *tempus regit actum* (Art. 6º, §1º, LINDB).

Recentemente, a Suprema Corte firmou posicionamento sobre a constitucionalidade da inovação legal trazida originariamente pela MP 451/08, conforme se verifica no julgamento da ADI 4627/DF.

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ⁵.

Em continuidade, tem-se a aludida Lei prevê graus diferenciados de invalidez permanente, classificando-a em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, o que de certo deverá ser observado por esse Nobre Magistrado.

Dentro desse contexto, a Medida Provisória nº 451/2008 (posteriormente convertida na Lei 11.945/09), complementando a Lei 6.194/74, especificou em termos objetivos o percentual do valor máximo da indenização de acordo com os tipos de invalidez permanente.

Outrossim, conforme antedito, a referida inovação legal, no art. 3º, §1º, II, da Lei 6.194/74, trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, a fim de dirimir o cerne da questão, qual seja, o percentual indenizável, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pelo autor é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral.

Destarte, para se chegar ao valor indenizável devido, na hipótese de invalidez parcial incompleta, devem ser observadas duas etapas:

Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda; e

Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.

Evidente, pois, inexistir qualquer direito de indenização integral ao Autor, devendo ser respeitada a proporcionalidade do grau de invalidez.

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 3.375,00 (TRÊS MIL E TREZENTOS E SETENTA E CINCO REAIS)**.

⁴RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

⁵**Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça** “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”

DA IMPOSSIBILIDADE DA INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA

Não há que se falar em inversão do ônus da prova, vez que o seguro DPVAT não se trata de relação de consumo, e sim de uma obrigação legal.

Assim, não pode a parte autora ser confundida como consumidora, pois, não há qualquer relação de consumo entre as partes litigantes, o que gera a inaplicabilidade da inversão do ônus da prova, característica do Código de Defesa do Consumidor.

Neste sentido é o recente entendimento firmado pelos Tribunais pátrios⁶, ratificando o descabimento da inversão do ônus da prova com base na aplicação do Código de Defesa do Consumidor.

Sendo assim, por se tratar de prova essencial dos fatos constitutivos da pretensão autoral, deverá o ônus da prova ser custeado pela parte autora, como determina o art. 373, I do CPC.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de Justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁷.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação⁸

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar máximo de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (dez por cento), conforme supracitado.

⁶“PROCESSO CIVIL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. PRELIMINAR DE FALTA DE INTERESSE DE AGIR NÃO APRECIADA PELO JUÍZO A QUO. IMPOSSIBILIDADE DE APRECIAÇÃO PELA INSTÂNCIA REVISORA. **INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA, COM BASE NO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. INAPLICABILIDADE DO DIPLOMA LEGAL CONSUMERISTA ÀS RELAÇÕES DE SEGURO OBRIGATÓRIO.** Agravo de Instrumento interposto de decisão que em ação de cobrança do seguro obrigatório DPVAT deferiu a inversão do ônus da prova. 1. Preliminar de ausência de interesse de agir não enfrentada pelo juízo a quo impede o exame pela instância revisora, sob pena de supressão de instância. 2. **A contratação compulsória do seguro obrigatório DPVAT afasta a natureza consumerista da relação jurídica entre seguradora e segurado, e impossibilita a decretação da inversão do ônus da prova com base no artigo 6º, VIII, da Lei nº 8078/90.** 3. **Recurso a que se dá provimento, com base no artigo 557 § 1º-A do Código de Processo Civil, para afastar a inversão do ônus da prova decorrente da aplicação do Código de Defesa do Consumidor.**”(TJ-RJ - AI: 00612946320148190000 RJ 0061294-63.2014.8.19.0000, Relator: DES. FERNANDO FOCH DE LEMOS ARIGONY DA SILVA, Data de Julgamento: 12/01/2015, TERCEIRA CAMARA CIVEL, Data de Publicação: 16/01/2015).

⁷“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁸art. 1º. (...)

§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.

CONCLUSÃO

Ante o exposto, ante a ausência de laudo pericial do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar a indenização, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação.

Pelo exposto e por tudo mais que dos autos consta, requer a total improcedência dos pedidos da parte autora.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, **pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez, exposta na lei 11.945/2009, bem como o que preconiza a Sumula 474 do STJ.**

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida, a correção monetária na forma da fundamentação da peça de bloqueio e horários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

Por se tratar de ônus da prova da parte autora, pugna-se pela realização da prova pericial pelo IML com o fito de auferir o nexo de causalidade entre a lesão da vítima e o suposto acidente automobilístico, bem como se há valor indenizável a ser pago. Caso Vossa Excelência assim não entenda, requer que os custos da realização da prova pericial sejam arcados pela parte autora ou pelo Estado, eis que imprescindível a produção da prova para o deslinde da demanda.

Requer, outrossim, a produção de prova documental suplementar e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

Para fins do exposto no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome do patrono SIVIRINO PAULI, inscrito sob o nº 101B/RR, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

BOA VISTA, 22 de maio de 2020.

SIVIRINO PAULI
101-B - OAB/RR

QUESITOS DA RÉ

- 1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;
- 2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;
- 3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;
- 4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;
- 5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;
- 6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;
- 7 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?
 - Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
 - Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;
 - Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;
- 8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

Por fim com fulcro no artigo 5º, LV, da Constituição Federal, requer que após a produção da prova pericial, seja aberto prazo para as partes se manifestarem sobre o laudo, a fim de que não se cause na demanda o cerceamento de defesa, frente ao princípio constitucional do devido processo legal.

TABELA DE GRADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursam com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **SIVIRINO PAULI**, inscrito na **101-B - OAB/RR** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **JOANA VICTORIA OLIVEIRA BEZERRA** , em curso perante a **4ª VARA CÍVEL** da comarca de **BOA VISTA**, nos autos do Processo nº 08125184520208230010.

Rio de Janeiro, 22 de maio de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/RR 451-A

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

RORAIMA ENERGIA S.A.

Av. Capitão Ené Garcez, 501 - Centro - Boa Vista - RR

CNPJ: 02.341.470/0001-44 (Insc. Estadual: 24.007.022-3)

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Óblio 0-1

Regime Especial de Imposto autorizado pela SEFAZ 368/18

Nº da Nota Fiscal 4676382

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2003 - FCAM

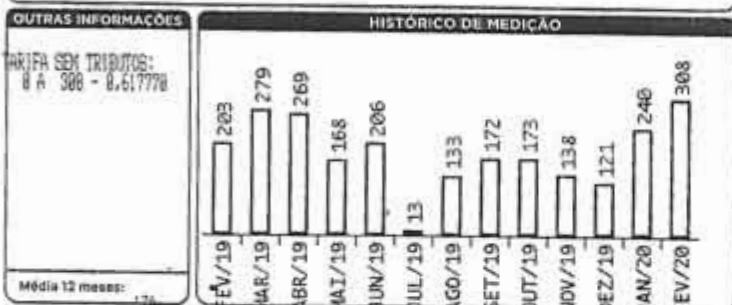
CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
FEVEREIRO/2020	11/03/2020	308	277,67

ILDIR INACIO DE SOUZA
R. ANTONIO P GALVAO 1832 6 - BURITIS
CEP: 69.309-209 - BOA VISTA

CPF: 00038305151204

DADOS DA LEITURA (KWH)	DATAS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual: 548	Atual: 21/02/2020	Grupo/Subgrupo: 1.1.1.2
Anterior: 240	Anterior: 24/01/2020	Classe/Subclasse: RESIDENCIAL
Dias de consumo: 26	Próxima leitura: 21/03/2020	Ligação: BIFÁSICA
Constante de Multiplicação: 1,000	Emissão: 20/02/2020	Número Medidor: TUB1910534
Consumo medido: 308	Apresentação: 21/02/2020	Forma de Faturamento: NORMAL
Consumo Faturado: 308		Modalidade: N 1519404

DESCRIÇÃO DA CONTA		
CONSUMO ILUMINACAO PUBLICA	308 A R\$ 0,765725 =	235,84
		41,83



MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 07/03/2020, em função das contas reavizadas nesta fatura. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Informamos ainda existir(em) contas vencidas e a reavizadas no valor de R\$ 134,01 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar este aviso.

Mes/Ano Valor R\$
01/2020 260,66

LIGUE 0800019120 E FAÇA O PAGO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO			
COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$			
Energia:	Encargos:		
Distribuição: 127,32	Tributos: 7,21		
Transmissão: 55,76	45,55		
0,79			
IMPOSTOS, CONTRIBUIÇÕES - R\$			
Base de Cálculo:	Alíquota	Valor	
ICMS:			
PIS:	17,00%	40,89	
COFINS:	0,41%	0,96	
	1,91%	0,50	
INDICADORES DE CONTINUIDADE			
DIC	FIC	DMIC	DICRI
Mensal Trimestral Anual	Mensal Trimestral Anual	Mensal	Mensal
Limite 9,24 18,49 36,99	8,46 16,92 33,84	4,99	
Realizado 0,00	0,00	0,00	
Conjunto FLORESTA		Período de apuração: 12/2019	EUSD: 36,46

ROT: 5.001.12.04.021730

RORAIMA ENERGIA S.A.

Av. Capitão Ené Garcez, 501 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 (Insc. Estadual: 24.007.022-3)

SEU CÓDIGO

0109029-1

TOTAL A PAGAR - R\$

277,67

MÊS FATURADO

02/2020

VENCIMENTO

11/03/2020

Nº da Nota Fiscal 4676382

FCAM*

83680000002 5 77670075000 8 00000000109 9 02910220008 5



SEQ.: 0151 UC: 0109029-1 DT. LEIT.: 21/02/2020 T. ENTR.: 04
LEITURA: 548 NORMAL TOTAL: 277,67 CARGA: 008
DT. VENC.: 11/03/2020 IRREG.: 000 COLETOR: 4021

13 MAR. 2020

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECABEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.Pelo exposto, eu Ilair Inácio de Souzainscrito (a) no CPF/CNPJ 383.051.512 / 04 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do BeneficiárioJosana Victória Oliveira Bezerra inscrito (a) no CPF sob o Nº 033.806.382 / 00do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Josana Victória Oliveira Bezerrainscrito (a) no CPF sob o Nº 033.806.382 / 00 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

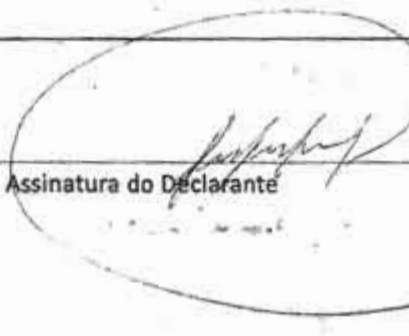
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Antônio Pinheiro Galvão</u>	Número: <u>2832</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Buritis</u>	Cidade: <u>Boa Vista</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail: <u>ILOIRRR@HOTMAIL.COM</u>	CEP: <u>69.209-309</u>	Tel.(DDD): <u>(95) 98404-5060</u>

Local e Data: _____


Assinatura do Declarante

D

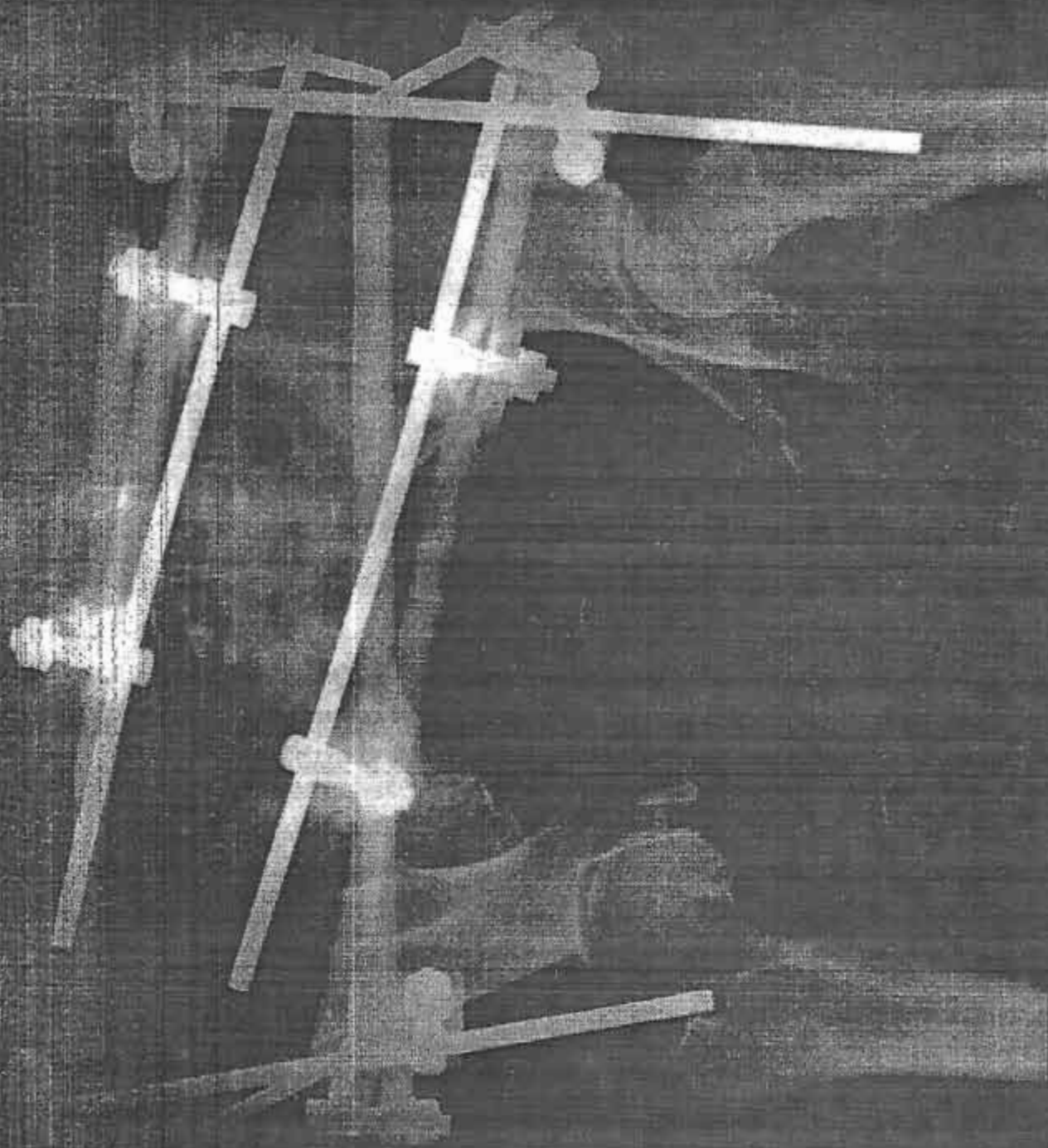
.. JOANA VICTORIA OLIVEIRA BEZERRA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

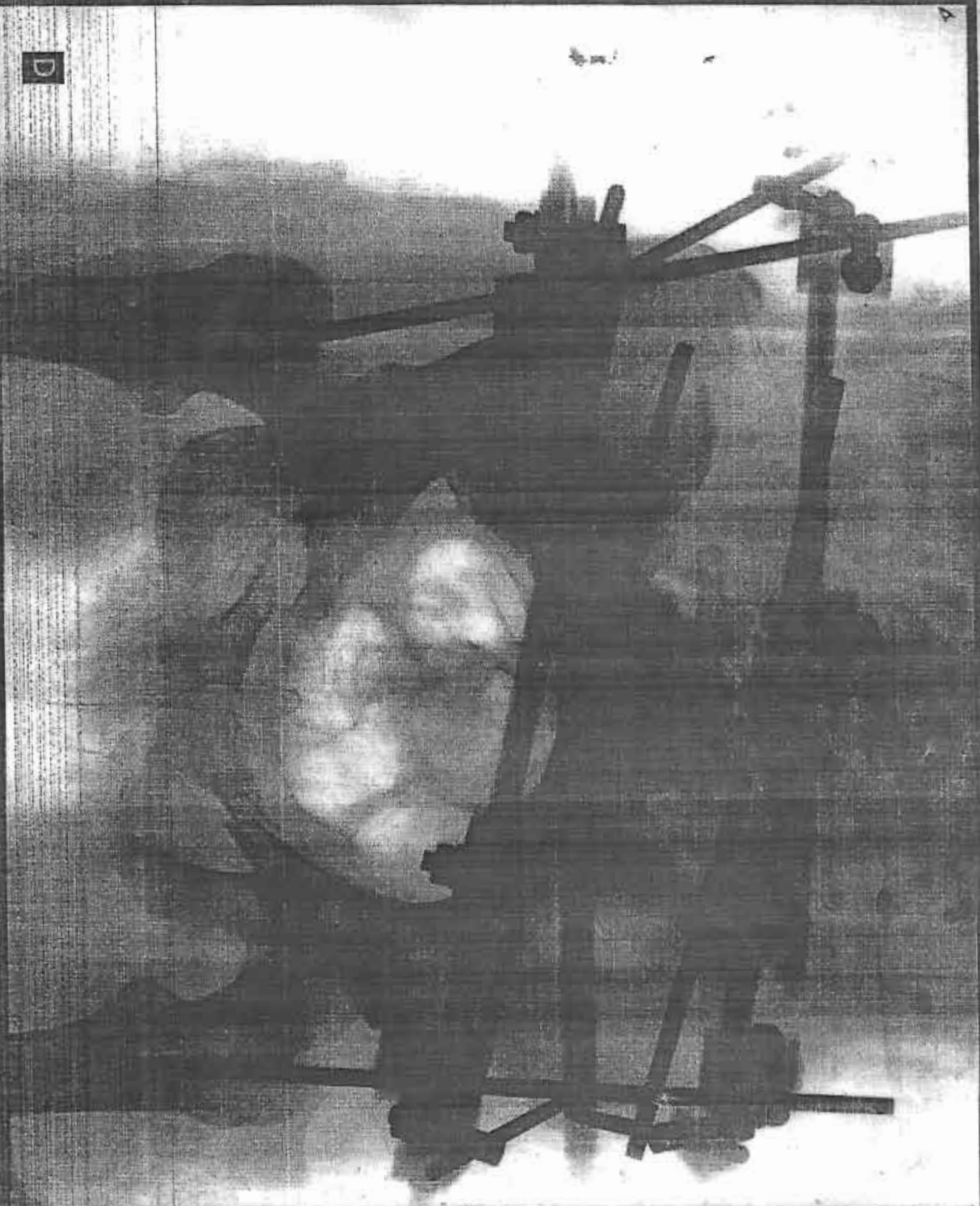
1/1/2019 17:03:53

49.3%

TR GUEIMSON



D



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
HOSPITAL REGIONAL SUL GOVERNADOR OTTOMAR DE SOUSA PINTO
BR 174 - KM 461 - BAIRRO JARDIM TROPICAL
CNPJ: 05.370.016/0001-00

1900095376		18/03/2019 09:36:19		FICHA DE ATENDIMENTO		CLINICA MEDICA		MANHA 07-13		52	
Paciente		Data Nascimento		Idade		CNS		CPF		Prontuário	
JOANA VICTORIA OLIVEIRA BEZERRA		13/03/2002		17 A 0 M 5 D		700504918316050		03380638200			
Tipo Doc		Documento		Data Emissão		Sexo		Estado Civil		Raça/Cor	
IDENTIDADE		MÃE		F		PARDA		BOA VISTA			
MÃE		ERICA CRISTINA OLIVEIRA MONTEIRO		Pai							
Endereço		AVENIDA - JARDIM - 138 - CIDADE SATELITE - BOA VISTA - RR		Contatos		Cel1: 9591572380 - - -					
Class. de Risco		Plano Convênio		N da Carteira		Validade		Autorização		Sis Prenatal	
		SUS - SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE									
Motivo do Atendimento		Carate do Atendimento		Profissional do Atend.		Procedencia		Temp.		Peso	
SPA - PRONTO ATENDIMENTO		URGÊNCIA									
Setor		Tipo de Chegada		Procedimento Sol.						Registrado por:	
		DEMANDA ESPONTANEA								HALLYSON.MACKESA	
Queixa Principal				☐ Síndrome Febril ☐ Sintoma Típtico Respiratório ☐ Suspeita de Dengue							
Anamnese de Enfermagem						GSC		TOTAL			
						AC: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6					
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)											
Exame Físico											
Hipótese Diagnóstica											
SADT - Exames Complementares											
☐ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS: _____											
PRESCRIÇÃO						APRAZAMENTO			OBSERVAÇÃO		
Conduta											
☐ Alta por Decisão Médica						☐ Ambulatório					
☐ Alta a Pedido						☐ Observação (Ata @ 24h)					
☐ Alta a Revelia						☐ Internação					
☐ Transferência para: _____						Data e Hora da Saída/Alta: ____/____/____					
Abitio											
Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica ____/____/____											
Assinatura do Paciente ou Responsável						Carimbo e Assinatura do Médico					



1900095376

13 MAR. 2020

13 MAR. 2019



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL SUL GOVERNADOR OTTOMAR DE SOUSA PINTO
CNPJ: 05.370.016/0001-00

GUIA DE ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA

01 DADOS DO (A) PACIENTE:		DATA DE ATENDIMENTO		DIA	MÊS	ANO	HORA	NÚMERO DE Prontuário
Nome Completo:		07		01	2018	07 :: 37		
Joaquim Victoria Oliveira								SEXO: M () / F () Outros: ()
DATA NASC	Dia	Mês	Ano	Idade:	Documento de Identificação	C.P.F.	Cartão do SUS (CNS):	
13	03	2002	17					
Estado Civil	Profissão:	Naturalidade:	Cor e Raça:	NACIONALIDADE		Etnia		
		Brasileira		Brasileira				
Logradouro e Nº	Bairro	CEP:	Município	UF	Telefone:			
	Vila do Satélite	93739-000	Roraimópolis	RR				
FILIAÇÃO	PAI							
	MÃE	Erika Cristina Oliveira Monteiro						
02 DO ACIDENTE:								
☐ RESIDÊNCIA		☐ VIA PÚBLICA		☐ TRABALHO		☐ TRÂNSITO		☐ OUTRO
03 DA ENTRADA NA EMERGÊNCIA:								
☐ TRANSPORTADO		☐ DE AMBULÂNCIA		☐ REMOVIDO		☐ OUTROS (DESCREVER)		
Outros (descrever):								
Confere com original 05.370.016/0001-00 HOSPITAL REGIONAL SUL GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA CEP 93.730-970 RORAIMÓPOLIS								
TEMP:	PESO / Kg:		100		X	80		m.m.H.g.
05 SE ACIDENTE DE TRABALHO OU A CAMINHO, ESPECIFICAR:								
PROFISSÃO								
DIA	MÊS	ANO	HORA	OBSERVAÇÕES				
01	01	2019	07:20					
07 INFORMAÇÕES DE RESPONSABILIDADE MÉDICA:								
ESPECIALIDADE:								
RESUMO CLÍNICO: Acidente (colisão) motorizada/carro, apresentando ferimentos por todo o corpo.								
EXAME FÍSICO: BEM, suplexo, inconsciente; A.A.A.								
EXAME COMPLEMENTARES SOLICITADOS (RESULTADO NO VERSO):								
RX								
RESULTADO DE OUTRAS UNIDADES (RESULTADO NO VERSO):								
DIAGNÓSTICO: Politrauma								
PROVÁVEL: Trauma de cabeça, membros superiores e inferiores.								
08 DO (A) PACIENTE:								
REMOVIDO (A) PARA								
INTERNADO NO (A)								

DATA	RESPONSÁVEL PELA IDENTIFICAÇÃO DO (A) PACIENTE	CARIMBO E ASSINATURA
DIA MÊS ANO		

C. D. P. A. P. A. J. S. I. V.

②. Dipirona (11) (2)

③. Tramadol 100mg/12h (11) (2)

④. Metoclopramida 10mg/12h (11) (2)

20 curativos clínicos curativos

Marília C. Chaves
Médica
CRM-RR 1577

Cirurgia 02/03/19 às 14:20h.

Paciente virgem de 40 anos de idade com Escarificação na face/tórax e por, perineal.

Glyson (15), Hábito Estilado, Eupneico, Aciemotico, 3p/

Tórax com Escarificações Simétricas. PA=110 x 60mmHg.

Abdomen Flácido, Insolito.

FC=90 bpm.

Pupilas Isocóricas / Fotomotóricas SVD - S/Hematúria. Urina (+) CLAS.

Na face - S/ Alterações.

Na perne - formação palmar (Ito) (2) (fígado + pulmão).

Sa. Avançada pela cirurgia (fixação externa da perna).
Sem Casca pela cirurgia cardíaca.

Dr. Claudio Linhares
Cirurgia Geral
CRM-RF 1417

Urologia.

Confere
com original.

05.370.016-00
HOSPITAL REGIONAL SUL
GOVERNADOR LUIZ CARLOS DE SOUSA PINTO
Br. 174 - Km. 468
CEP: 69.370-970
RORAINÓPOLIS - RR

Acordo de alta
(C) prot. insalável

Doc.

Do Centro cirúrgico
Hemograma (vermelho)
Monitorizado por
centro de controle

Referenciado para acompanhamento clínico

13 MAR. 2020

13 MAR. 2020



PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO		Nº	
9.10.2019 Victoria Oliveira			
15 30 45 15 30 45 15 30 45 15 30 45			
AGENTES	N 20 02		
LÍQUIDOS VENOSOS		Fr. múltipla L B.S.T.	
DA X	10 240 38 220		
ULSD	26 200		
AVES X	34 180 32 160	Tem no L. Coração 1.º e 2.º 3.º e 4.º 5.º e 6.º	
GP Q	30 140		
TEMP	120 100		
ASPIR. A	80 60		
RESP O	40 20		
Exat Asid Cont			
EMBOLOS			
AGENTES	A Se-... 0.5mg E.V. B Ketam... 50 mg E.V. C Dro... 50mg + 50mg P.V. D Ket... 1g E.V.	ANOTAÇÕES Hemostase 11.7	
GLICOSE	LÍQUIDO 500	Clínica - Histo / Org. Fisiologia Histo / Otorrinolaring - Cereb Sist - Temp - Calibre de Tubo Sist - Músculo Difundida Técnica	
NOVO	500	TEMPO DE ANESTESIA	
SANGUE	500 500		
TOTAL	500		
OPERAÇÃO	fixação do tubo estom Pratena da boca múltipla	Leitão - Exat - Exat - Exat Depressão Respiratória - Histo "Bucking" - Vento	
ANESTESIA	Dr. Rafael	PERDA SANGÜEA	

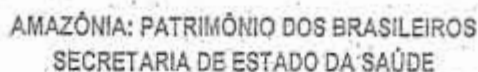
Confere
com origina

05.370.016/0001-00
HOSPITAL REGIONAL SUL
GOVERNADOR OTTONIEU SOARES

Br 174 - K...
CEP: 69.370 310

GRANDPOLS

13 MAR. 2020



Resumo de Exames / Hemograma		Homens		Mulheres		Coagulograma	
Hematimetria							
Hemoglobina	11.7 g/dl	12 a 17 g/dl		12 a 15 g/dl		T.de Sangria:	m s
Hematócitos	37.1 %	42 a 52 %		38 a 49 %		T.de Coagulação:	m s
Leucometria	9400 u/l	4.500 a 10.000 u/l				Plaquetas:	u/l
Mielobastos		OBS: Série Vermelha:				T. de Protombina:	segundos
Promielócitos						Atividade:	%
Mielócitos		OBS: Série Branca:				RNI:	
Metamielócitos	%					TTPA:	segundos
Bastonetes	%	00 a 02 %					
Segmentados	79 %	40 a 70 %					
Eosinófilos	03 %	00 a 05 %				VHS:	
Basófilos	%	00 a 01 %				1º HORA:	mm
Linfócitos	14 %	20 a 40 %				2º HORA:	mm
Monócitos	04 %	01 a 07 %				Grupo sanguíneo:	
Plaquetas	286.000 u/l	150.000 a 350.000 u/l				F. RH:	

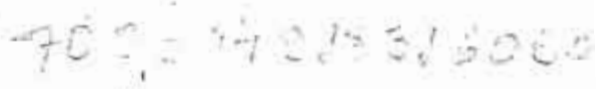
FÍSICA		QUÍMICA		SEDIMENTO	
Volume:	ml	PH:		Células:	
Cor:		Glicose:		Leucócitos:	
Densidade:		Corpos Cetônicos:		Hemácias:	
Aspecto:		Hemoglobina:		Cilindros:	
Depósito:		Proteína:		Cristais:	
Chelo:		Bilirrubina:		Bactérias:	
		Urobilinogênio:		Muco:	
		Nitritos:		Outros:	
		Leucócitos:			

HISTÓLOGIA			BACTERIOLOGIA	
Glicose	mg/dl	69 - 99 mg/dl	PCR	Confere com original
Colesterol	mg/dl	150-200 mg/dl	Látex	
Triglicerídeos	mg/dl	40-140 mg/dl	Aslo	
Ureia	mg/dl	14-40 mg/dl	VDRL	
Creatinina	mg/dl	0, 4-1, 3 mg/dl	Bhcg	
Prot: Totais	mg/dl	6, 0-8, 5 mg/dl	Troponina	
Acido Úrico	mg/dl	H 2, 5-7, m 1, 6-6, 0	Hbsag	
Bilirrubina Total	mg/dl	0,1 a 1,2 mg/dl	lote:	val:
Bilirrubina Direta	mg/dl	0,1 a 0,4 mg/dl	HCV	
Bilirrubina Indireta	mg/dl	0,1 a 0,3 mg/dl	lote:	val:
TGP:	u/l	5 - 38 U/L	HIV	
TGO:	u/l	11 - 39 U/L	lote:	val:

Amilase	U/dl	<90 U/dl	LDL - < 130
Albumina	g/dl	3, 5-5, 5 g/dl	VLDL
Lipase	ul	2-15 U/l	HDL M->55
CK-MB	u/l	0-24 U/l	F->65
CPK	u/l	26-189 U/l	
Gama GT	u/l	M 12 a 45 u/l F 8 a 35 u/l	
Fosfatase Alcalina	u/l	Adultos 27-100/Crianças 75-390	

UNIDADE: HOSPITAL REGIONAL SUL OTTOMAR DE SOUSA PINTO	
NOME: <i>Joana Victorina Oliveira</i>	
Nº 03: <i>0</i>	IDADE: Nº DE REGISTRO
MEDICO SOLICITANTE: <i>Dr. Gustavo</i>	

13 MAR. 2020



GUIA DE ATENDIMENTO DE EMERGENCIA

C-7) DUA L. SIV

(1) Dipirona (11) EV

(2) Tramadol 100mg/12ml sol. doce 8.8.9.1. EV

(3) Prolocat 100mg/12ml sol. doce 8.8.9.1. EV

(4) Prolocat 100mg/12ml sol. doce 8.8.9.1. EV

2) Curativos curativos curativos

Marina C. Chaves
Medica
CRM-RR 1677

Prontuário 02/03/19 às 14:20h.

Paciente vítima de queda de moto com lesões na face/tórax e por perfuração.

Glasgow 15, Hístia estável, Curva, 4cm de traço, 3p1.

Tórax com expansão simétrica. $P_4 = 110 \times 90 \text{ mmHg}$.

Abdomen flácido, insensível. $fc = 90 \text{ bpm}$.

Pupilas Isocóricas / Isocóricas. SND - S/Hemostasia. Urina (+) clare.

+ Rx tórax - S/Afracturas.

+ Rx pelve - fratura pélvica (Itro 3) ligament + fratura.

Sa' Anestesiada pela equipe (fixação externa do puer),
Sem Casaca pela Equipe Cirúrgica.

Dr. Claudio Linhares
Cirurgia Geral
CRM-BR 1417

Elson Alves da Silva
Diretor Geral
CPF 505.713.072-80
RSGO 88

Urologia.

Acidente de alta

(C) prot insalável

Dado.

Bo Centro cirúrgico

Hemograma (vermelho)

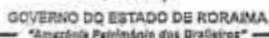
Monitorização de CO2

acima de 100 mmHg.

Confere
com original.

05.370.016/0001-00
HOSPITAL GERAL SUL
GOV. ...
RORAIMA

Referenciado para o Dr. Valdo ...

[illegible]

Confere
com origina

05.370.016/0001-00
HOSPITAL REGIONAL SUL
GOVERNADOR LUIZ EDUARDO SODRÉ
BR 174 - Km 466
CEP. 89.370-970
BORAINÓPOLIS



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

Confere
com original

BOLETIM OPERATÓRIO	
Data: <u>01/01/19</u>	O.S. <u>05.370.016/0001-00</u>
HOSPITAL REGIONAL SUL	
CONF. 124-000-000	
CEP. 69.370-970	
RORAINÓPOLIS - RR	

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:	
INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:	<u>Fratura do osso</u>
TIPO DE INTERVENÇÃO:	<u>c/ imobilização</u>
MEDICAÇÕES E ACIDENTES:	
DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:	

CIRURGIÃO:	<u>Felipe</u>	1º AUXILIAR:	<u>Marco Cogo</u>
2º AUXILIAR:		INSTRUMENTADORA:	
3º AUXILIAR:		ANESTESIA:	
ANESTESISTAS:	<u>Rafael</u>	ANESTÉSICO:	
INÍCIO:		FIM:	
		DURAÇÃO:	

RÉLATÓRIO CIRÚRGICO
<u>01/01/19 - H.S.E.A</u>
<u>Supra ilíaca / supra cava op.</u>
<u>Encontro: paciente masculino</u>
<u>77 anos. História de hipertensão arterial</u>
<u>MODIFICADO alta greja guimardes asfal.</u>
<u>1.º co. em perne, coxo, abdomen seio, bico</u>
<u>analisado, presença de elemento ósteo,</u>
<u>fratura de osso isolada com fratura lateral</u>
<u>na de, fratura total em 06, 11.00, 12.00</u>
<u>na de, fratura lateral em 12.00, 13.00, 14.00</u>

13 MAR. 2020

④ Filme na t. eo, controle
de dados.

⑤ Relatório de controle com frequência
e tempo de trabalho.

⑥ Critérios de controle de trabalho e saúde.

⑦ Relação com a população de saúde
e controle de dados.

⑧ HOSPITAL

Confere
com original.

05.370.016/0001-00
HOSPITAL REGIONAL SUL
GOVERNADOR JOSE DE SOUSA PINTO
R. 174 - Jd. 158
CEP: 68.370-970
POB. 40.000

43 MAR 1979

Dr. Gustavo F. F. F. F.
Ortopedia
CRM-RR 1256

Dr. Gustavo F. F. F. F.
Diretor Geral
CPF: 505.711.072-00
HOSP

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODILIO CRUZ




Polgar Direita

Joana Victória Oliveira Bezerra

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL 533495-0 DATA DE
EXPIRAÇÃO 28/07/2017

NOME
JOANA VICTÓRIA OLIVEIRA BEZERRA

FILIAÇÃO
OSNEY BEZERRA DA SILVA
ERICA CRISTINA OLIVEIRA MONTEIRO

NATURALIDADE
BOA VISTA - RR DATA DE NASCIMENTO
13/03/2001

DOC. ORIGEM
CERTD NASC 27080 FLS 134-F LIV A-45
2 OF BOA VISTA-RR

033.806.382-00

1ª VIA

AMADEU ROCHA TRIANI
Polícia Papiloscópica da Polícia Civil
Diretor da ROR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P7

13 MAR. 2020

13 MAR. 2020

REPÚBLICA FEDERAL DO BRASIL		MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO		CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO	
VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 980151096	NOME ILDIR INACIO DE SOUZA		
		DOC. IDENTIDADE / CNH (BRASILEIRA) 114807 SSP BA	
		CPF 383.051.512-04	DATA NASCIMENTO 07/04/1978
		FUNÇÃO JOSE SOUZA DE ASSUNCAO	
		CNH INACIO DE OLIVEIRA	
980151096	TITULO PERMISSÃO	ACC PERMISSÃO	CAT. NÚM. 7,8
	Nº REGISTRO 01101912304	VALIDADE 28/01/2020	FIM DE VALIDADE 15/12/1999
	OBSERVAÇÕES		
			
	ASSINATURA DO TITULAR		
PROIBIDO PLASIFICAR 980151096	LOCAL BOA VISTA - RORAIMA	DATA DE EMISSÃO 30/01/2015	
		92465240616 BR207968020	
	DIRETOR DO DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO		
	ASSINATURA DO EMISSOR		
	DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO		

1-3 MAR. 2020

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3200-112028 3 - CPF da vítima: 033.806.382-00 4 - Nome completo da vítima: Joana Victoria Oliveira Bezerra

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Joana Victoria Oliveira Bezerra 6 - CPF: 033.806.382-00
7 - Profissão: autônomo 8 - Endereço: Rua: Consumidor do Silo 9 - Número: 1216 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Dr. Silvio Leite 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69 314-344
15 - E-mail: ELDFRRR@HOTMAIL.COM 16 - Tel.(DDD): (95) 38404-5368

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: _____
18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3994 2 CONTA: 22484 7
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☐ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (vairascos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário ou representante legal

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) _____

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) _____

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) _____

38 - 1ª Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Boa Vista - RR, 19/03/2020

X Joana Victoria O. Bezerra
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200112028 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOANA VICTORIA OLIVEIRA BEZERRA **Data do acidente:** 01/01/2019 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO ANEL PÉLVICO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE OSTEOSSÍNTESE E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE QUADRIL BILATERAL.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE QUADRIL BILATERAL.

Documentos complementares:

Observações: DOC PÁG. 05 // DESCRIÇÃO CIRÚRGICA PÁG. 06 //

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau médio - 50 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200112028 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOANA VICTORIA OLIVEIRA BEZERRA **Data do acidente:** 01/01/2019 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO ANEL PÉLVICO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE OSTEOSSÍNTESE E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE QUADRIL BILATERAL.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE QUADRIL BILATERAL.

Documentos complementares:

Observações: DOC PÁG. 05 // DESCRIÇÃO CIRÚRGICA PÁG. 06 //

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau médio - 50 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	Joana Victória Oliveira Bezerra
NACIONALIDADE:	Brasileira
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	533495-0 SSP-RR
ENDEREÇO:	Rua Cassimiro José da Silva, 1216, Dr. Silvio Igeite

OUTORGADO

NOME:	Hein Imácio de Souza
NACIONALIDADE:	Brasileira
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	114.807 SSP-RR
ENDEREÇO:	Rua Antônio P. Galvão, 1832, Curitiba

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT, referente ao SINISTRO ocorrido na data: 01/01/2019, cobertura Incendio, vítima: Joana Victória Oliveira Bezerra

Bea Vista - RR, 10/03/2020.

LOCAL E DATA

Joana Victória Oliveira Bezerra

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



DANIEL AQUINO

Reconheço por VERDADEIRA a(s) firma(s)
*JOANA VICTÓRIA OLIVEIRA BEZERRA

Em testemunho da verdade, SSP
De que dou fé, Bea Vista-RR, 10 de março de 2020.
Consulte o(s) selo(s) abaixo em: portal.sicrr.com.br
REC/FIR168295NWRHGBTFQ09D618/

Emolumentos: R\$ 2,56 Fundos ISS: R\$ 9,65 STT O: R\$ 1,50 Total: R\$ 4,71



13 MAR. 2020

Rio de Janeiro, 13 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200112028

Vítima: JOANA VICTORIA OLIVEIRA BEZERRA

Data do Acidente: 01/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOANA VICTORIA OLIVEIRA BEZERRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 20 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200112028

Vítima: JOANA VICTORIA OLIVEIRA BEZERRA

Data do Acidente: 01/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), JOANA VICTORIA OLIVEIRA BEZERRA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 09 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200112028

Vítima: JOANA VICTORIA OLIVEIRA BEZERRA

Data do Acidente: 01/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOANA VICTORIA OLIVEIRA BEZERRA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um quadril 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

Recebedor: JOANA VICTORIA OLIVEIRA BEZERRA

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 001

Agência: 000003994-2

Conta: 000010022484-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima: 033.806.382-00	4 - Nome completo da vítima: Leana Flávia Oliveira Bezerra
----------------------------	--------------------------------------	---

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Isana Victoria Oliveira 6 - CPF: 033.806.382-00

7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
autônomo	rua: Cassimiro José da Silva	1216	

11 - Bairro: <u>Dr. Silvio Leite</u>	12 - Cidade: <u>Boa Vista</u>	13 - Estado: <u>RR</u>	14 - CEP: <u>69.314-344</u>
--------------------------------------	-------------------------------	------------------------	-----------------------------

15 - E-mail: ILOIRRR@HOTMAIL.COM	16 - Tel. (DDD): 135198403-5060
-------------------------------------	------------------------------------

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: _____

18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR	☐ R\$1.00 A R\$1.000,00	☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA	☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Brasil

AGÊNCIA: 4263 3 CONTA: 66991 1
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ **Declaro**, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do
ôbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	☐ Sim ☐ Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
---------------------------------------	------------------------------------	---	---

28 - Vítima teve filhos?	☐ Sim ☐ Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?	☐ Sim ☐ Não	31 - Vítima teve irmãos?	☐ Sim ☐ Não	32 - Se tinha Irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos?	☐ Sim ☐ Não
--------------------------	--	---	--	--	--------------------------	--	---	-------------------------------------	--

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressum:
Digital-Druck
www.karl
broschauer.de
www.karlbro-
schauer.de

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1^a Nome:

CPE:

Assinatura da testemunha

39 - 2^a | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Rede Unib - RR, 11/03/2020

41- Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42- Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



ESTADO DE RORAIMA
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE RORAINÓPOLIS
"Seu primeiro instrumento de cidadania"



BOLETIM DE OCORRÊNCIA: **1566/19**

DATA: 09/10/2019

HORA: 10:40hs

ATENDENTE: WENDEL FERNANDES SOARES

DELEGADO (A) TITULAR:

CID GUIMARÃES DA SILVA

DADOS DO LOCAL DA OCORRÊNCIA

DATA: 01/01/2019

HORA: 07:20hs

LOCAL: AV. Dr. YANADARA FINAL DO ASFALTO ENTRADA DA VICINAL 02 ZONA URBANA DE RORAINÓPOLIS.

DADOS DA VÍTIMA

NOME: JOANA VICTÓRIA DE OLIVEIRA BEZERRA

RG: 533495-0 SSP/RR

CPF: 033.806.382-00

DATA DE NASCIMENTO: 13/03/2001

IDADE: 18, ANOS

SEXO: FEMININO

NACIONALIDADE: BRASILEIRA

CIDADE:

UF:

PAI: OSNEY BEZERRA DA SILVA

MÃE:

ERICA CRISTINA OLIVEIRA MONTEIRO

GRAU DE ESCOLARIDADE: SUPERIOR INCOMPLETO

ENDEREÇO: RUA-MONTE RORAIMA S/Nº SUELÂNDIA RORAINÓPOLIS

TELEFONE: 95 99157-2380

REFERÊNCIA: CASA DO SD PM OSNEY

DADOS DO INFRATOR

NOME: IDENTIFICADO POR "PAULO"

RG:

CPF:

DATA DE NASCIMENTO:

IDADE:

SEXO:

NACIONALIDADE:

CIDADE:

UF:

PAI:

MÃE:

GRAU DE ESCOLARIDADE:

ENDEREÇO:

REFERÊNCIA

TELEFONE

CÓDIGO

INFRAÇÃO

DESCRIÇÃO

1013

TRÂNSITO

ACI.TRÂ.LES.COR.DAN.MAT

BREVE RELATO DO FATO

Senhor Delegado compareceu nesta Delegacia, o Cidadão acima mencionado, para comunicar que foi vítima de acidente de trânsito no dia 01/01/2019, onde foi confeccionado ROP PM RR RLIS nº2018737, e B.O nº004/2018, que este número de B.O na verdade é 004/2019, ratificando a numeração incorreta, relato...Que na data acima descrita a vítima a Sra. JOANA VICTÓRIA OLIVEIRA trafegava na Av. Dr. Yandara sentido centro bairro conduzindo uma motoneta HONDA/BIZ 125 ES COR ROSA Chassis:9C2JA04208R050630, RENAVAM-00946886695, PLACA NAU-5960 RR em nome de DIANA MARIA DE ALENCAR AMORIM relata que ao chegar no fim do asfalto da Av. Dr. Yandara só sentiu o impacto na traseira de sua motoneta, que um veículo FIAT/PALIO FIRE FLEX COR VERMELHO Chassis:9BD17146G62729247, RENAVAM-00877535175, PLACA JXG-7633 AM, em nome de MARIA PEREIRA DE OLIVEIRA e conduzido por um indivíduo identificado por "PAULO eletricitista" que após a colisão se evadiu do local sem prestar socorro a vítima, que o veículo foi localizado na lixeira de Rlis abandonado, que a vítima foi socorrida por uma equipe do SAMU vítima de lesão corporal de natureza grave e foi encaminhada para capital para HGRR, que o veículo foi encaminhado ao pátio do CIRETRAN para medidas administrativas e a motoneta entregue ao proprietário pois se encontrava em dias.

Registrasse para fins de seguro DPVAT.

Esse é o relato.

WENDEL FERNANDES SOARES
AGENTE DE POLÍCIA

JOANA VICTÓRIA DE OLIVEIRA BEZERRA
COMUNICANTE

DESPACHO

- () Fato atípico, archive-se. () Intimar Comunicante () Ao S. I. para providências
() Intimar as partes () Aguardar audiência () Aguardar novos fatos ou representação
() Elabore-se _____ Art(s) _____
() Encaminhe para outra(s) providência(a): _____
Intimado para dia ____/____/____ - as ____:____ Delegado(a) de Polícia Civil
Testemunhas: _____
() Comunicante renúncia ao exercício do direito de queixa, conforme assinatura abaixo:
_____, Data ____/____/____, Horário: ____:____

O comunicante fica sujeito aos crimes do art. 339 (denúnciação caluniosa) e 340 (comunicação falsa de crime ou de contravenção), ambos do código penal Brasileiro.

Delegacia de Rorainópolis

End.: Rua Hildemar Pereira de Figueiredo, s/nº, Cep.: 69373-000, - Pantanal - Rorainópolis/RR
Telefone: Plantão (95) 3238-1329/197 ou Gab. 3238-2114 - e-mail: dprorainopolis@pc.rr.gov.br

13 MAR. 2020

RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL - ROP

PM

Nr ROP

2018737

BO 004/19

RR

Data: 01/01/2019 Unidade: 3ª CIPM Localidade: RORAINÓPOLIS Vtr: 117 Km: 84900 KmF: 84906 H Inicial: 07:00 HS H Final: 09:30 Cod Ocor: 1001-1013 CodProv: 13012-13999 Cod ServPres: 14-99

LOCAL DA OCORRÊNCIA

End: VICINAL 02 KM 01

N: _____

Bairro: ZONA RURAL

Referência: FINAL ASFALTO

PESSOAS RELACIONADAS

VITIMA Nome: JOANA VITORIA OLIVEIRA Idade: 17 A Estado Civil: SOLTEIRA

Endereço: LOTEAMENTO JARDIM FLORESTA Nr: _____ Bairro: JARDIM FLORESTA Cidade: BOA VISTA UF: _____

Profissão: ESTUDANTE RG: NÃO PORTAVA SSP: _____ CPF: _____ CNH: _____ Cat: _____

Acusado Nome: CONHECIDO COMO PAULO Idade: _____ Estado Civil: _____

Endereço: _____ Nr: _____ Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____

Profissão: _____ RG: _____ SSP: _____ CPF: _____ CNH: _____ Cat: _____

TESTEMUNHA 1 Nome: DANIELE GRAÇAS COELHO Idade: 27 A Estado Civil: UNIAO ESTAVI

Endereço: LOTEAMENTO JARDIM FLORESTA Nr: S/N Bairro: JARDIM FLORESTA Cidade: BOA VISTA UF: RR

Profissão: ATENDENTE DE LOJA RG: _____ SSP: _____ CPF: _____ CNH: _____ Cat: _____

TESTEMUNHA 2 Nome: HERBERT OLIVEIRA MACHADO Idade: 19 A Estado Civil: SOLTEIRO

Endereço: VILA JARDIM PREDIO AÇAÍ BLOCO 1 Nr: _____ Bairro: CIDADE SATELITE Cidade: BOA VISTA UF: RR

Profissão: ESTUDANTE RG: _____ SSP: _____ CPF: 616.293.346-17 CNH: _____ Cat: _____

Nome: _____ Idade: _____ Estado Civil: _____

Endereço: _____ Nr: _____ Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____

Profissão: _____ RG: _____ SSP: _____ CPF: _____ CNH: _____ Cat: _____

ARMAS, OBJETOS E VALORES RELACIONADOS:

NADA DIGNO DE REGISTRO.

HISTÓRICO:

SENHOR DELEGADO DE POLICIA CIVIL, FOMOS ACIONADOS VIA 190, NO HORÁRIO ACIMA CITADO, DE QUE HAVIA ACONTECIDO UM ACIDENTE DE TRAFEGO ENVOLVENDO UM CARRO E UMA MOTOCICLETA, DESLOCAMOS E CONSTATAMOS A VERACIDADE DOS FATOS, ONDE DEPARAMOS COM A VITIMA CAIDA AO CHÃO SE QUEIXANDO DE MUITAS DORES. SEGUNDO RELATO DA TESTEMUNHA (ITEM 2) A VITIMA ESTAVA CONDUZINDO NA MOTOCICLETA MARCA HONDA BIZ 125 ES, DE COR ROSÉ, PLACA NAU 5960-RR, QUE TRAFEGAVA NA AV DR YANDARA NO SENTIDO CENTRO BAIRRO, QUANDO A MESMA FOI ATROPELADA PELO VEICULO TIPO CARRO, MARCA PÁLIO DE COR VERMELHA PLACA JXG 7633-AM, QUE ESTAVA SENDO CONDUZIDO PELO CIDADÃO DE NOME PAULO, QUE APÓS O ATROPELAMENTO O MESMO EVADIU-SE NO SENTIDO VICINAL 01, SEM PRESTAR SOCORRO, FOI FEITO UMA OBLIG ENCIA ONDE O REFERIDO VEICULO FOI ABANDONADO NA LIXEIRA E O MOTORISTA DO REFERIDO VEICULO, EVADIU-SE TOMANDO RUMO IGNORADO. A VITIMA FOI CONDUZIDA PARA O HOSPITAL PELA EQUIPE DO SAMU. SEGUNDO RELATO DA MEDICA DE PLANTÃO A VITIMA TEVE TRÊS FRATURAS NA BACIA E SERÁ REMOVIDA PARA CAPITAL BOA VISTA-RR, HOSPITAL GERAL O VEICULO TIPO PÁLIO SERÁ APRESENTADO NO CIRETRAN APÓS SEREM TOMADAS AS MEDIDAS ADMINISTRATIVAS, A MOTOCICLETA FOI ENTREGUE AO PROPRIETARIO POR ESTAR COM DOCUMENTAÇÃO EM DIAS FOI ENTREGUE AO RESPECTIVO DONO, QUE PARA O CONCERTO DAS AVARIAS O VEICULO PÁLIO QUEBROU O PARA-CHOQUE DO LADO DIREITO. APRESENTO-LHE ESTE PARA AS PROVIDÊNCIAS QUE O CASO REQUER

13 MAR. 2020

RELATOR

Bruno Pinheiro de Oliveira

Posto/Grad: Nome Completo:

Matrícula:

Lotação

Assinatura

2º TEN PM SÉRGIO DA SILVA GOMES

21254-7

3ª CIPM FRON

Data: 11/01/19 Hora: 19:15 Nome Completo:

RECEBIMENTO

Matrícula: Função: Assinatura

CARLOS ALBERTO ALVES BATISTA

92000925

AGENTE

COT

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 03/04/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOANA VICTORIA OLIVEIRA BEZERRA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 03994-2

CONTA: 000010022484-9

Nr. da Autenticação DF4006FE6C8C1537

SEQ.: 0151 UC: 0109029-1 DT.LEIT.: 21/02/2020 T.ENTR.: 04
LEITURA: 548 NORMAL TOTAL: 277,67 CARGA: 008
DT.VENC.: 11/03/2020 IRREG.: 000 COLETOR: 4021